

# Selvskading og behandlingsmuligheter



*Dialektisk adferdsterapi og mentaliseringsbasert terapi*

*Av Humaera Mahmood og Manizhe Azhdarzadeh*

*Kull høst 03*

# INNHOLDSFORTEGNELSE

Innledning .....	3
Selvskadingsmetoder .....	3
Epidemiologi .....	5
Bakenforliggende faktorer .....	6
Behandlingsmetoder .....	7
Dialektisk atferdsterapi .....	7
Dialektisk atferdsterapi- Stadier og mål.....	9
Tilpasning til ungdommer .....	10
Å være oppmerksomt nærværende, mindfulness .....	12
Å håndtere relasjoner .....	12
Å håndtere følelser .....	12
Å holde ut når det er vanskelig/stresstoleranse .....	13
Den gylne middelveien .....	13
Generalisering av ferdigheter .....	14
Telefonkontakt .....	14
Individualterapi .....	14
Familieterapi .....	15
Krav til DBT-terapeuter .....	15
Teammøter .....	16
Evidens bak DBT .....	16
Mentaliseringsbasert terapi.....	18
Forord .....	18
Mentaliseringssvikt.....	22
Oppsummering .....	24
Presentasjon av mentaliseringsbasert terapi .....	24
Behandlingsforløpet .....	26
Vurdering .....	27
Hvordan fremstår svak mentalisering.....	28
Pseudomentalisering.....	28
Konkret forståelse .....	29
Prinsippene for intervensjonene i forløpet av mentaliseringsbasert terapi .....	31
Konklusjon .....	34
Avslutning .....	35
Litteraturliste .....	37

# Innledning

Vi er to medisinstudenter som kom i kontakt med psykiatrien i 8.semester av studiet og begynte å interessere oss for problematikken rundt selvskading. Vi startet med oppgaven vår i sommer 07. Vi besøkte barne- og ungdomspsykiatri på Furuset og Nydalen, gikk gjennom journaler til ca. 10 ungdommer og snakket med dem på telefonen etter å ha mottatt deres tillatelse. Vi ønsket da å se hvor de hadde mottatt behandlingen etter siste selvskadingsepisode og om de hadde hatt flere episoder med selvskading senere. Vi ønsket altså å evaluere effekten av den mottatte behandlingen. Det var en spennende erfaring for oss. Vi måtte avslutte dette prosjektet på grunn av lav deltakelse og begynte å skrive en litteraturoppgave. Vi har valgt å skrive om dialektisk atferdsterapi og mentaliseringsbasert terapi som er forholdsvis nye og moderne behandlingsmetoder mot selvskading.

Villet egenskade er et viktig helseproblem og rapporteres av ca. 3-11 % tenåringer i Skandinavia. Forekomsten er høyest i 15-19 års alder.

*"Man kan definere selvskading som handlinger som innebærer at personen påfører seg skade og smerte uten å ha til hensikt å ta sitt eget liv. Selvskade er en handling pasienten bruker for å håndtere smertefulle eller overveldende tanker, følelser eller situasjoner. Ved å skade seg selv kan man føle seg bedre for en stund og være i stand til å mestre livet sitt forholdsvis bedre" (1).*

## **Selvskadingsmetoder**

Noe av det vanligste er kutting eller risping i kroppsdelene, vanligst er i armer, men skade på legger og lår ses også. Medikamentell overdose skjer hyppig. Det å brenne seg forekommer i blant. Man kan brenne seg med vann eller på strykejern, kokeplater eller en åpen flamme. Andre pasienter gnir seg til de får sår, ofte i forbindelse med risping. Det finnes eksempler på

selvskading hvor man binder belter eller tauer så stramt inntil kroppen at de får sår. En del pasienter som har sterke overgrepshistorier kan stikke ting inn i kroppen. Det kan være at de stikker glass og lignende inn i kroppens naturlige åpninger som vagina eller anus. De fleste som skader seg selv gjør dette uten at det er til fare for liv. Noen skader seg på samme måte hver gang, mens andre kan skade på ulike måter. De vanligste følelsene som leder til selvskading er angst, sinne, skam, skyld og avvisning (1).

Selvskading (kutting) hos ungdommer skjer oftest i to sammenhenger. Den ene typen skjer rutinemessig som en slags renselse før ungdommen med selvskadende atferd legger seg på kvelden. Denne selvskadingen fungerer som en slags renselsesritualet som har til formål å nullstille for dagen og gir trygghet for den kommende natten. Det er kjent at innsovningsfasen er vanskelig for dem som sliter med psykiske problemer. Uten dagliglivets aktiviteter og avbrytelser, vekkes ubehagelige tanker og minner lett til livet. Dette resulterer i opplevelse av økt angst og redsel. Ungdommer med gjentatt selvskading rapporterer at bare det å vite at de kommer til å skade seg senere på kvelden, motvirker denne ubehagsfølelsen. Denne typen av selvskading skjer som oftest på toalettet, gjerne i dusjen.

Den andre selvskadingsmåten skjer impulsivt som reaksjon på en opplevd nedverdigelse i løpet av dagen (som oftest på skolen i forbindelse med for eksempel mobbing og utestengning av gruppen). De med lav selvtillitt vil lett føle seg krenket og da vil selvskading oppleves som en stor hjelp mot den vedvarende følelse av å ikke tilfredsstille miljøets krav. Selvskading skjer ofte på et sted som er skjult som for eksempel skolens toaletter (6).

### **Selvskading kan ha funksjoner som:**

- Å redusere depressive følelser.
- Å redusere spenning.
- Å takle skam/skyldfølelse (hvor hensikten er å straffe seg selv).
- Å uttrykke smerte, sinne eller andre vanskelige affekter.
- Å gi opphav til eufori.
- Å redusere tomhetsfølelse.
- Å redusere dissosiative symptomer som nummenhet, kaosfølelse, følelse av oppløsning.

- Å gi kontroll. Selvskading er for mange ungdommer et forsvar mot en sterk ubehagsfølelse som er så intens at de vil gjøre hva som helst for å unngå denne følelsen. De har slitt med denne ekkelfølelsen i lang tid og opplever at denne følelsen får kontroll over deres liv. Derfor oppleves selvskading som en befrielse og de da for første gang opplever kontroll over deres liv
- å gi renselse

## ***Epidemiologi***

Villet egenskade er et viktig helseproblem. I CASE-studien (Child And Adolescent Self Harm in Europe) besvarte 4060 elever på første trinn, majoriteten i aldersgruppen 15-16 år, ved 36 videregående skoler i Hedmark og Oppland et spørreskjema anonymt, hvor det ble spurt om deres selvskadende atferd. Svarprosent var 91,2 % som indikerer at prevalenstallene er pålitelige. Resultatet var som følgende:

*"266(6,6 %) av elevene rapporterte en eller flere episoder med villet egenskade siste år som tilfredsstilte studiens kriterier. Kutting (74,1 %) og overdose med medikamenter (16,9 %) var de vanligste metodene. Kun 14,7 % hadde vært i kontakt med sykehus. Det var langt vanligere med behandling i sykehus for dem som kuttet seg enn for dem som tok overdose (46,7 % versus 6,1 %). Villet egenskade var vanligere blant jenter enn gutter (10,2 % versus 3,1 %). Når det gjelder negative livshendelser og vedvarende problemer er det særlig sterke sammenhenger for begge kjønn mellom villet egenskade og fysiske overgrep, villet egenskade blant venner og trøbbel med politiet. Det var en særlig sterk sammenheng mellom villet egenskade, stoffmisbruk og det å ha vært full mer enn ti ganger både for gutter og jenter. Sammenhengen mellom villet egenskade og angst var sterkere enn mellom villet egenskade og depresjon. Lav selvfølelse og impulsivitet var også signifikant korrelert med villet egenskade hos begge kjønn. Det var sterkere sammenheng mellom seksuelle overgrep og villet egenskade blant jentene. Jentene rapporterte også oftere villet egenskade blant familiemedlemmer og bekymring for egen seksuell legning. Hos gutter var det sterkere sammenheng mellom villet egenskade og mobbing på skolen" (3).*

I en annen landsrepresentativ norsk spørreundersøkelse av skoleelever, "Ung i Norge", opplyste 8,3 % at de hadde forsøkt å ta livet sitt, og halvparten hadde ikke snakket med noen om det (4).

Blant de som søker hjelp, faller mange ut av behandlingstilbudet, og frafall på inntil 59 % er rapportert (5).

### ***Bakenforliggende faktorer***

Flere studier (6)(7)(8) tyder på at individer som engasjerer seg i selvskading rapporterer ofte om forekomst av nedenfor nevnte faktorer i barndommen:

- seksuelt misbruk
- Fysisk mishandling
- Emosjonell neglekt
- Usikker tilknytning til omsorgsperson
- For tidlig separasjon fra omsorgsperson.

En studie gjort av Zlotnick , Mattia og Zimmermann rapporterer at jo alvorligere det seksuelle misbruket var og jo lengre den varte desto mer var det assosiert med økt forekomst av selvskading senere i livet (9). De rapporterer også at selvskading ofte forekommer ved dissosiative lidelser, depresjon, PTSD, spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser preget av impulsiv aggressivitet (9).

Hawton og medarbeidere (2003) fant at villet egenskade er den sterkeste risikofaktoren for å begå selvmord i fremtiden. I år 2000 undersøkte de 11583 pasienter som mellom 1978 og 1997 hadde tatt kontakt med helsevesenet på grunn av villet egenskade og fant at ca.300 av dem hadde begått selvmord. De fant at risikoen for at de skulle begå selvmord første året var 66 ganger større enn for normal befolkningen, og at risikoen er vedvarende over tid (10).

## ***Behandlingsmetoder***

Det finnes flere behandlingsmetoder mot selvskading som kognitiv atferdsterapi, problemløsende terapi, interpersonlig terapi, skjemafokusert terapi, multisystem terapi, familieterapi, dialektisk atferdsterapi og mentaliseringsbasert terapi. Vi har i vår oppgave valgt å skrive om de sist nevnte terapi former, *nemlig dialektisk atferdsterapi og mentaliseringsbasert terapi.*

## **Dialektisk atferdsterapi**

Dialektisk atferdsterapi ble utviklet av den amerikanske psykologen Marsha M. Linehan som behandlingsmetode for suicidale kvinner med borderline personlighetsforstyrrelse. Denne terapien bygger på kognitiv atferdsterapi, dialektisk og zen-filosofisk tenkning. Prinsippene metoden er basert på, er dialektiske perspektiver, biososial teori, spesifikke behandlingsmåter, behandlingsstadier og behandlingsmål, en integrering av akseptering og endringsstrategier, samt vektlegging av terapeutiske relasjoner (11)(Linehan, 1993a). Sentralt i behandlingen er arbeidet med emosjonell regulering og sosial kompetanse.

Dialektikk er et filosofisk begrep og betyr kunsten å diskutere. I dialektisk atferdsterapi forstås dialektikk som evne til å romme flere sider av samme sak og til å forstå handlingers eller hendelsers kompleksitet og raskt skiftende karakter. Vi kan kanskje sammenfatte betydningen av begrepet dialektikk som å sette argument opp mot argument for derigjennom å komme fram til nye innsikter. I et dialektisk perspektiv er virkeligheten hele tiden i bevegelse og endring, altså ikke dikotom og statisk. Å se dialektisk på tilværelsen betyr å se helheter som inneholder motsetningsfulle aspekter. En person kan både være stygg og pen/ ond og god. Han kan både ha rett og ta feil samtidig. Tilværelsen kan være både smertefull og full av glede.

Mennesker med selvmordshandlinger og selvskading er preget av en enten - eller tankegang, for eksempel gjennom enten å benekte følelser eller å bli totalt overveldet av det eller ved å oppleve andre som enten gode eller onde. På samme måte overveldes de ofte av intens skamfølelse og hjelpløshet. Dette gjør at de blir svingende i humøret og preget av desperasjon.

I buddhistisk meditasjon bestreber man seg på å bli bevisst og oppmerksom i nået. Det å være oppmerksom på tanker og følelser uten å dømme og vurdere dem hjelper oss med å håndtere livet på en mer bevisst måte. Den våkne oppmerksomheten går ut på å kunne oppleve mulighetene i hvert enkelt øyeblikk slik det er. Uten evnen til å kunne stoppe opp og skue inn i seg selv, identifisere og bli seg bevisst på hva som går for seg i ens indre/ i virkeligheten rundt oss, er det veldig vanskelig å ta neste skritt eller iverksette tiltak for å komme seg ut av en kritisk situasjon (mindfulness).

**Dialektisk atferdsterapi har fem essensielle funksjonsområder som er viktige for å behandle ungdommer som skader seg:**

- øke motivasjonen til å forandre seg
- lære seg nye ferdigheter
- generalisere disse nylærte ferdighetene i hverdagen
- strukturere omgivelsene til pasienten for å øke pasientens og terapeutens muligheter
- vedlikeholde terapeutens motivasjon og ferdighetene

Disse funksjonsområder oppnås gjennom dialektisk atferdsterapis fire behandlingskanaler som er individualterapi, ferdighetstrening i gruppe, telefonkonsultasjoner og terapeutenes teamveiledning som beskrives nærmere senere. Dialektisk atferdsterapi tar utgangspunkt i biososial teori, en modell som tar hensyn til både medfødte temperamentsvariabler og det samspillet med miljøet som siden finner sted. Marsha Linehan framholder tre faktorer som gjør et menneske følelsesmessig sårbart: høy følsomhet for emosjonelle stimuli, høy intensitet i den følelsesmessige reaksjonen og langsom tilbakevending til nøytral tilstand. Mennesker er forskjellige med hensyn til måten de reagerer på seg selv og på omgivelsene. Slike forskjeller



kalles temperament og defineres som aspekter av atferd og følelser som er medfødte, er i en viss grad arvelige, og stabile over tid og i ulike situasjoner. Når et barn med sitt temperament blir født inn i sitt miljø, skjer det en gjensidig påvirkning mellom barnet og omsorgspersonen. Hvis barnet er emosjonelt sårbart og lever i et miljø som avviser eller mistolker hans/hennes opplevelser og emosjoner, øker sjansen for utvikling av psykiske problemer og forvirring rundt egne følelser. Validering i dialektisk atferdsterapi vil si omgivelsenes bekreftelse av et menneskes opplevelser som riktige, forståelige og gyldige. Det motsatte av validering er invalidering som betyr ugyldiggjøring. Et invaliderende miljø kommuniserer til individet at dets responser er upassende, feil, upresise eller på annen måte inadekvate. Da lærer ikke barnet å kjenne og sette ord på egne følelser (8)(Kåver og Nilsonne, 2006). I denne konteksten kan selvskading ses på som en forståelig, men maladaptiv løsning på å håndtere overveldende, intenst smertefulle negative følelser. I dialektisk atferdsterapi bestreber man å erstatte den uhensiktsmessige atferden med mer hensiktsmessige ferdigheter, som det legges stor vekt på å innarbeide.

### ***Dialektisk atferdsterapi- Stadier og mål***

I standard DBT-behandling deles terapien inn i 4 stadier. Hvert stadium inneholder spesifikke mål. Før stadium 1 starter har man et orienteringsstadium hvor det jobbes for å oppnå allianse med pasienten og det gis grundige opplysninger til pasienten om dialektisk atferdsterapi og dens prinsipper og varighet. I tillegg blir det diskutert hva pasienten ønsker å oppnå i livet og hva man skal jobbe for i terapien. Orienteringsfasen avsluttes med at pasienten og terapeuten blir enige om en behandlingskontrakt. Fordel med orienteringsstadiet er at det minsker antall tidlige drop-outs fra behandlingen. Deretter begynner stadium 1 som har til formål å skaffe stabilitet og sikkerhet i pasientens tilværelse og å oppnå kontroll over egen atferd. I stadium 1 er det laget 4 delmål:

- Å redusere livstruende og selvskadingsatferd.
- Å redusere terapiforstyrrende atferd.
- Å redusere atferd som forverrer livskvalitet.
- Å adaptere nye ferdigheter og kompetent atferd.

Når pasienten er stabil nok til å kunne håndtere smertefulle følelser uten å ty til destruktiv atferd, kan arbeidet gå videre til stadium 2 hvor målet er å redusere effektene av posttraumatisk stress reaksjoner. Stadium 2 etterfølges av stadium 3 hvor målet er å øke pasientens selvrespekt og evne til å oppnå andre livsmål som er viktige i pasientens liv. På fjerde stadiet jobbes det med å øke livskvalitet, øke engasjement i sitt eget liv og i sine relasjoner. Dialektisk atferdsterapi tar i bruk ulike behandlingskanaler parallelt som ferdighetstrening, individualterapi og telefonkonsultasjon.

### ***Tilpasning til ungdommer***

Standard dialektisk atferdsterapien blir modifisert noe for å anvendes på ungdommer. Behandlingsvarigheten blir forkortet fra 1 år til 16 uker. Hensikten bak dette er å minske for tidlige frafall, som er et stort problem hos ungdommer, og å motivere ungdommene til å kunne ta i mot behandling. En annen grunn til at det er mulig å behandle dem i forkortet periode er at personlighetsmønsteret hos ungdommer er ennå ikke helt fast og bestemt. Dersom det føles behov for å få mer behandling kan ungdommen ta en ny 16 ukers terapirunde eller oppfølging for å vedlikeholde motivasjonen.

Foreldrene deltar i ferdighetstreningssgruppen sammen med barna sine. Hensikten som ligger bak dette er at ungdommer er som oftest boende hos foreldrene sine og for å iverksette innlærte ferdigheter trenger de støtte fra foreldrene sine. Ved spesielt behov deltar foreldre også i individualterapi.

Antall ferdigheter som læres i ferdighetstreningssgruppene er blitt litt redusert.

Språket blir forenklet slik at ungdommer lett kan oppfatte det som blir sagt.

I stedet for å arbeide med alle 4 stadier av DBT, jobber man hovedsakelig med stadium 1 (som er utvidet med den femte delmål som er: walking the middle path) når man behandler ungdommer som skader seg.

Funksjonsområde " å øke motivasjonen til å forandre seg" oppnås gjennom individualterapi med ungdommen. (Pasienten kan oppleve ferdighetene som irrelevante sammenliknet med den aktuelle krisen og bli frustrert over at ferdighetstreningen ikke gir rom for å bearbeide problemene hennes/hans i dybden. Derfor balanseres ferdighetstreningen med en individualterapi der den enkelte pasientens akutte problemer kan tas opp i detalj). Individterapeuten skal hjelpe pasienten til aktivt å bruke ferdigheter som ble lært i gruppetimene. I individualterapi ligger ikke fokuset alene på ferdigheter, men der tas det også opp motivasjons- og miljømessige faktorer som virker hemmende på effektiv problemløsning eller som forsterker dysfunksjonell atferd hos ungdommen. Individualterapeuten er ansvarlig for å vurdere all problem atferd og ferdighetsmangler. Individualterapi timen er en gang per uke og varer 50-60min.

Funksjonsområde " å lære seg nye ferdigheter" blir tilnærmet gjennom ferdighetstrening med ungdommene. Treningen skjer vanligvis en gang i uken, i en til to og en halv time, og foregår som regel i gruppe hvor ungdommene møter sammen med en eller begge foreldre i 16 ukers behandlingsperiode. Fordi pasientens problemer oppfattes som en konsekvens av manglende ferdigheter, bygger behandlingen på at pasienten skal lære seg de ferdighetene han/hun mangler. Ferdighetstreningstimene følger håndboken, som inneholder klare, detaljerte instruksjoner og arbeidsark med de ulike ferdighetene som skal gjennomgås. Gruppen ledes av to DBT-terapeuter.

Følgende kapitler gjennomgås i tur og orden:

- Å være oppmerksomt nærværende, mindfulness.
- Å håndtere relasjoner
- Å håndtere følelser
- Å holde ut når det er vanskelig
- Den gylne middelveien

**Å være oppmerksomt nærværende, mindfulness** har fellestrekk med zenbuddhisme. I buddhistisk meditasjon bestreber man seg på å bli bevisst og oppmerksom i

nået. Det å være oppmerksom på tanker og følelser uten å dømme og vurdere dem hjelper oss med å håndtere livet på en mer bevisst måte. Den våkne oppmerksomheten går ut på å kunne oppleve mulighetene i hvert enkelt øyeblikk slik det er. Uten evnen til å kunne stoppe opp og skue inn i seg selv, identifisere og bli seg bevisst hva som går for seg i ens indre/ i virkeligheten rundt oss, er det veldig vanskelig å ta neste skritt eller iverksette tiltak for å komme seg ut av en kritisk situasjon (mindfulness).

Ungdommene er ikke alltid like sikre på følelsene inne. Det er ikke lett for dem å vite hva det er som egentlig opprører dem eller hvilke andre tolkningsmuligheter det er i den bestemte situasjonen. Økt mindfulness vil medføre økt evne til selvobservasjon, mer nyansert og nøyere observasjon av omgivelsene. Da vil de ha større muligheter til å ta mer balanserte og riktige valg. Dette vil gi ungdommene økt kontroll i deres eget liv og styrke på denne måten selvfølelsene deres.

### ***Å håndtere relasjoner***

Ferdigheten som læres under denne kategorien er strategier for å spørre om noe man ønsker eller trenger (ved å beskrive, uttrykke, vurdere, være mindful, virke trygg og sikker og forhandle), kunne si nei, mestre konflikter, opprettholde relasjoner som er viktige for en (være varsom, handle med interesse, validere) og bevare selvrespekt (være rettferdig, ingen unnskyldninger, stå fast ved egne verdier, være sannferdig).

### ***Å håndtere følelser***

Modulen har som mål å hjelpe ungdommene med å regulere emosjonelle intensitet og labilitet som kan fremtre som raske stemningsendringer som er svært intense og vanskelig kontrollerbare. Man ønsker med denne ferdigheten å oppnå kontroll over følelsene ved å identifisere dem, forstå dem bedre og ved å redusere egen emosjonell sårbarhet. For å komme til målet trenger man å ha god helse, balansere spisemønsteret, balansere søvnmonsteret, delta i fysisk aktivitet, få kontroll.

## ***Å holde ut når det er vanskelig/stresstoleranse***

Ferdigheter som læres her er strategier for å overleve smertefulle følelser og situasjoner uten å bli overveldet av disse og akseptere livet som det er i øyeblikket slik at de ikke forverrer situasjonen ytterligere. Disse ferdighetene lærer ungdommene ved å akseptere seg selv og den nåværende situasjonen deres uten å engasjere seg i destruktive handlinger. Denne modulen inneholder to sett av ferdigheter: Kriseoverlevelsesferdigheter og akseptferdigheter. Kriseoverlevelsesferdigheter består av distraksjonsstrategier, selvberoligende strategier, forbedre øyeblikkelig situasjon (med strategier som å bruke fantasi, gi mening, selvoppmuntring) og vurdere fordeler og ulemper ved å holde ut når det er vanskelig versus ikke å tåle stress (bruke destruktive strategier og bli styrt av impulsene). Akseptering av at livet også inneholder smerte, gjør en bedre i stand til å mestre belastningene i livet.

## ***Den gylne middelveien***

Denne modulen er spesielt utviklet for ungdommer og deres familier. Her legges det vekt på å lære ungdommer og deres familier å finne en syntese mellom ekstreme atferdsmønstre. Eksempel på dysfunksjonelle atferdsmønstre er for strenge versus for løse regler. Målet er å øke evnen til mer balansert kommunikasjon i familien og å hjelpe ungdommene med å bevare familierelasjoner og tilhørighet.

I gruppen arbeider man med å tilegne seg ferdigheter, forsterke dem og sørge for at de blir generalisert, slik at de kan anvendes uproblematisk i situasjoner der man trenger å bruke dem. Timene inndeles med gjennomgang av hjemmeoppgavene, deretter blir nytt materiale presentert og avsluttes med ny hjemmeoppgave til neste gang.

## ***Generalisering av ferdigheter***

Generalisering av ferdigheter slik at de aktivt blir brukt i ungdommenes hverdag skjer via telefonkonsultasjoner, individualterapi og familierapi.

### ***Telefonkontakt***

DBT-terapeuten (individualterapeuten) oppmuntrer pasientene til å ringe mellom timene. Telefonkontakten skjer i strenge former og har bl.a. til hensikt å trene pasienten i å be om hjelp på en riktig måte og å ta imot den hjelp som tilbys. Samtidig får pasienten trening i å ta kontakt i tidligere stadier av sin krise.

Samtalen er begrenset til tre situasjoner:

1. Når pasienten er i krise og ikke hvilke ferdigheter han/hun kan bruke
2. Når pasienten trenger hjelp med å generalisere ferdighetene sine.
3. Pasienten oppmuntres også til å ringe når han/hun er urolig for at relasjonen til terapeuten har blitt ødelagt og hensikten er å reparere forholdet.

Samtalen skal aldri forsterke en dysfunksjonell atferd. Det er derfor pasienten ikke får ringe det første døgnet etter at hun/han har skadet seg selv. Terapeuten oppmuntrer pasienten til å ringe i tide, før skaden har skjedd slik at han/hun får hjelp med å bruke de ferdighetene han/hun har lært i gruppa.

### ***Individualterapi***

I individualterapien lærer pasienten å identifisere hvilke omstendigheter som fører til at følelsene hennes blir dysregulerte, og hvilke ferdigheter hun/han kan bruke for å håndtere dem. Hjemmelekser er også med på å fremme generalisering av ferdighetene. En viktig del av hjemmelekse er å føre inn dagbok som tas med av ungdommen til individualterapi timer og gruppeterapi. Dagbok er et skjema som de fyller ut daglig og tar med seg til terapeuten til neste time. I dagboken skal det fylles ut graden av ulike følelser (som for eksempel ubehag/ekkelhet) som har oppstått i løpet av en dag. I tillegg graderer de også forekomst av

selvmordstanker, selvskadingstanker og om det eventuelt har skjedd en episode av selvskading i løpet av dagen. Ungdom som skader seg selv har ofte kaotiske liv, og er veldig impulsive. Det hender at de har vanskelig for å vurdere om de har økende eller minkende kontroll over selvskadingen. En strukturert føring av dagbok hjelper med det. DBT-terapeuten ønsker å få en detaljert oversikt over forekomsten av selvskading, lete etter mønster og sammenhenger. I tillegg er det også viktig å få oversikt over situasjoner hvor ungdommen har klart å unngå å skade seg. Det er lurt å sette av en bestemt tid på døgnet til å fylle ut dagboka slik at ungdommen får en rutine på det. Dagboken hjelper ungdommen og terapeuten å finne mønster i når pasienten får de ubehagelige følelsene og blir fristet til å kutte seg. Men dagbok gjør også at de kan finne et mønster i når de ekle følelsene ikke kommer, og et mønster på hvilke teknikker ungdommen bruker ubevisst for å unngå selvskading.

Individualterapi timene kan bli tatt opp slik at ungdommer kan høre på det hjemme. Dette virker også til å forsterke generaliseringen av nylærte ferdighetene.

## ***Familieterapi***

Funksjonsområdet "å strukturere omgivelsene til pasienten for å øke pasientens og terapeutens muligheter" oppnås gjennom ulike intervensjoner i familien. Til forskjell fra voksne befinner de fleste ungdommer seg fortsatt i det invaliderende miljøet hvor de lærte deres dysfunksjonelle atferd. Av den grunn er det viktig i DBT å markere all form for invalidering mellom familiemedlemmene. Man gjør dette ved å inkludere familiemedlemmer i ferdighetstreningssgruppe, tilby telefonkonsultasjon til familiemedlemmer og integrere familiemedlemmer i individualterapi ved behov.

## ***Krav til DBT-terapeuter***

For opptak til DBT utdanning kreves lege- eller psykologutdanning. For begge grupper kreves godkjenning som spesialist i barne- eller voksenpsykiatri. DBT er en poliklinisk behandlingsform. Ungdommer med selvskadende atferd vil motta DBT-behandling på BUP. I

Oslo finnes det et DBT team på Ullevål og et DBT team jobber under Aker sykehus. DBT-terapeuter må jobbe sammen i et team som består av minst tre terapeuter. Teamet møter ukentlig.

### ***Teammøter***

For å vedlikeholde terapeutens motivasjon og ferdighetene er det viktig at terapeutene deltar i teammøtet hver uke. Terapeutens veiledningsteam er en integrert del av behandlingen og er viktig for å holde hver terapeut innenfor DBTs ramme og markere problemer som oppstår i behandlingen.

### ***Evidens bak DBT***

Det er foretatt flere randomiserte kontrollerte studier for å se effekten av DBT:

En av dem er gjort i 1991 av Linehan. Hun fulgte pasienter over 2 år med målinger hver 6. måned. Hun viste at behandlingsgruppen hadde signifikant færre selvmordsforsøk/selvskader enn vanlig tradisjonell behandling ved 6 måneders oppfølging etter fullført behandling. Det var færre drop-outs hos pasienter som fikk DBT sammenliknet med kontrollgruppen. Behandlingsgruppen hadde mindre liggetid på sykehuset. Etter 12 måneder var det ikke signifikant forskjell på suicidal atferd(12).

En annen ikke-randomisert studie av Katz viste signifikant mindre selvmordsatferd under innleggelsen hos ungdommer som mottok DBT sammenliknet med psykodynamisk orientert behandling (13).

Med utgangspunkt i pionerarbeidet til Marsha Linehan og medarbeidere(1991), gjennomførte Rathus og Miller (2002) en studie der en tilpasset variant av dialektisk atferdsterapi ble sammenliknet med ordinær behandling overfor suicidal ungdom i et kvasi-eksperimentell design. Resultatet i denne studien viser at flere i DBT-gruppen fullførte behandlingen og færre ble innlagt i psykiatrisk sykehus mens behandlingen pågikk. Det var ingen signifikante



forskjeller mellom gruppene i antallet selvmordsforsøk under behandlingen. Når man undersøkte endringer fra før til etter behandling i DBT-gruppen, fant man signifikant reduksjon i selvmordstanker, generelle psykiatriske symptomer og symptomer på borderline personlighetsforstyrrelse (14).

Verheul har gjort en studie der tidligere selvskade ikke var et nødvendig inklusjonskriterium. Verheul kopierte Linehans studie under polikliniske forhold og fant reduksjon i forekomst av selvskade i DBT-gruppen. Sammenlikningsgruppen ble tilbudt om inntil 2 timers psykoterapi pr måned (15).

Koons fant at DBT ga bedre effekt enn psykodynamisk psykoterapi på selvmordsatferd hos kvinnelige pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse som ble behandlet poliklinisk over en periode på et halvt år. Ukentlig gruppe- og individualbehandling med DBT gav en større reduksjon i selvmordstanker sammenliknet med tilsvarende strukturert psykodynamisk psykoterapi (16).

DBT har bevist gjennom flere studier å være en god behandlingsform som forbedrer pasienters evne til å samarbeide i sitt behandlingsopplegg. Flere studier har vist en signifikant reduksjon i selvdestruktiv atferd og liggetid på sykehuset. DBT er en terapiform som i dag benyttes ved behandling av angst, depresjon, spiseforstyrrelser og blant annet overfor ungdommer med repeterende selvskading og emosjonell dysregulering. DBT viser seg å være en lovende behandlingsform som det forskes mer på nå.

**Til slutt vil vi informere om at vår basis forståelse av DBT bygger på boken *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents* (17).**

# Mentaliseringsbasert terapi

## **Forord**

I denne delen av oppgaven skal vi drøfte mentaliseringsbasert terapi. For å gjøre dette har vi funnet det nødvendig å ta for oss innledningsvis hva mentalisering og mentaliseringssvikt er. Videre vil vi drøfte behandlingsmetoder for mentaliseringssvikt. Deretter vil vi skrive om behandlingsfasene, intervensjonene ved behandling og hvordan en terapeut møter en pasient som skader seg selv. Avslutningsvis kommer en konklusjon. Oppgaven vår krever spesielt fokus på selvskading. Vi har funnet dette vanskelig siden boken har en generell tilnærming til selvskading. Likevel har vi gjort vårt beste for å dra ut det som vil være fruktbart i forbindelse med oppgaven som ble tildelt oss. Først av alt mener vi at det er viktig å definere noen relevante begreper.

**Mentaliseringsbasert terapi** er en ny terapeutisk metode som er utviklet av Antony Bateman og Peter Fonagy for å behandle pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse. Denne behandlingsmetoden ser ut til å ha gitt gode resultater for behandling av pasienter med personlighetsforstyrrelse og selvskading. Målet med metoden er å hjelpe pasienter til å oppnå økt affektkontroll, å lære å uttrykke affektene sine på en adekvat måte og samtidig forbedre evnen til å inngå i trygge relasjoner til andre mennesker (18). *Mentalisering* og *tilknytning* er også sentrale begreper innenfor denne metoden som bør avklares. Bateman og Fonagy selv definerer mentalisering som:

*«Metallization is the capacity to make sense of each other and ourselves, implicitly and explicitly, in terms of subjective states and mental processes. Understanding other people's behaviour in terms of their likely thoughts, feelings, wishes, and desires is a major developmental achievement that, we believe, biologically originates in the context of the attachment relationship. Our understanding of others critically depends on whether as infants our own mental states were adequately understood by caring attentive, nonthreatening adults»* (19).

Ved mentalisering snakker vi om vår evne og vilje til å forstå oss selv, forstå andres følelser og være følsom overfor andres følelser. Mentalisering handler om å skjønne andre innenfra og oss utenfra. Ved å forstå oss utenfra skal vi prøve å forstå hvordan andre forstår oss (20).

Evnen til å forstå sitt eget og andres sinn er forbundet til god regulering av følelser, noe som igjen er avhengig av psykisk helse (21).

Mentalisering utvikler seg gjennom en prosess av å ha opplevd en selv i sinnet til en annen person i løpet av barndommen. Dette må utvikle seg i en tilknytningsforhold og modnes bare i samsvar med en trygg tilhørighet (40).

Når vi skal vurdere mentaliseringsevnen må vi fokusere på affekt og de mentale tilstandene som blir påvirket av affekt.

Ifølge Peter Fonagy (1991) har mentalisering en nøkkelrolle i organisering av det psykologiske selvet. Mentalisering hjelper oss til å utvikle våre evner til å regulere våre affekter. Med affekt regulering mener vi evnen til å tåle motgang, sinne og aggresjon før man slår (23).

Affekt regulering handler om å ha kontroll over seg selv og uttrykke følelsene sine på en hensiktsmessig måte.

Dårlig affektregulering er forbundet med psykopatologi og hemmet mentaliseringsevne. Evnen til å mentalisere er en av de fundamentale ferdigheter for å klare seg i sosiale relasjoner.

Empati, emosjonellintelligens, selvrefleksjon, affektbevissthet, metakognisjon, innsikt og «mindfulness» er i slekt med mentalisering, men mentalisering er mye mer omfattende begrep slik at den inneholder både en selvrefleksiv og mellommenneskelig kjerne. Man skal prøve å forstå andre innenfra og seg selv utenfra. Når vi snakker om å forstå oss utenfra prøver vi å innse hvordan andre oppfatter oss utenfra (21).

Tilknytningssystemet er et sentralt begrep som danner grunnlaget for mentaliseringsbasert

terapi. Sikker tilknytning fremmer mentaliseringsevnen og mental helse, mens usikker tilknytning resulterer i en svekket mentaliseringsevne (21).

Tilknytningsteorien ble først utformet av Johan Bowlby i 1969. Han beskrev hvordan mennesker har et grunnleggende biologisk behov for å søke etter sikker tilknytning for overlevelse og tilknytning (24).

Den nevropsykologiske utviklingen av sosiale evner skjer gjennom sikker tilknytning. Mentalisering er spesielt assosiert med aktivering av midtre prefrontale områder i hjernen selv om en rekke kortikale systemer også er involvert i mentalisering (25).

Fonagy & Target (1996, 1997) (29, 30) har ved hjelp av empiriske observasjoner utviklet en teori om at psykologiske selvstet dannes gjennom å kjenne mentale tilstander «følte følelser» (23). Selv om kapasiteten til å kjenne mentale tilstander er avhengig av genetikk og biologi skjer utviklingen gjennom speilingsprosess med omsorgspersonen. Dette betyr at barnet utvikler et selv ved å observere seg selv via omsorgspersonen. Barnet gråter fordi barnet har et behov eller føler ubehag. Det kan være sulten, fryse eller vondt i magen. Foreldrene gir tilbakemelding til barnet ved hjelp av ansiktsuttrykk, språk eller gester slik at de viser barnet at de forstår at han/hun ikke har det godt. Men ved å trøste barnet med smil, og andre handlinger viser de at de bryr seg om barnet. På denne måten markerer foreldrene overfor barnet at det eksisterer en forskjell mellom dere og barnet. For den psykologiske utviklingen av barnet er det viktig at foreldrene viser barnet både en likhet og en forskjell slik at barnet utvikler sitt eget sinn (21).

Fonagy og hans medarbeidere mener at følelsene hos barn ikke er ferdig utviklet ved fødselen. Barnet begynner gradvis å lære om følelsene og tankene sine i løpet av sine første leveår. Følelser skapes etter hvert gjennom samspill med omsorgsgiveren. Barn blir født med en artsspesifikk evne til å gjenkjenne menneskelige ansikter, stemmer og atferd. Barn har fra fødselen av også den egenskapen at de søker å gå inn i kjærlige samspill med omsorgspersonen. Når spedbarnet og omsorgspersonen er på lik bølgelengde, resulterer dette ofte i affektspeiling som gir barnet trygghet og beroligelse enn at det forsterker følelsene til

barnet. Organiseringen av barnets emosjonelle opplevelser skjer gjennom denne prosessen og på denne måten skapes selvet (26).

Fonagy og hans medarbeidere (2002;36) mener at for å kartlegge den emosjonelle tilstanden hos barnet er man helt avhengig av at speilingresponsene er tilpasset ungens affekt (27).

For at barn skal lære om begrensninger i virkeligheten trenger de et godt samspill med foreldrene. De primære affektene som spedbarnet arver er meget primitive og er som regel stimulusdrevet, og barnet har ikke kontroll over disse. Gjennom interaksjon med omsorgsgiveren skjer det etter hvert en affektregulering (26).

En undersøkelse av McElwain og Booth-Laforce(2006) utført nylig beskriver at dersom moren retter sin oppmerksomhet mot barnets plager ved seks måneders alder så danner dette grunnlaget for babyens tilknyttingstrygghet ved 15 mnd alder. Oppmerksomhet rundt barnet uten plager spiller ingen rolle for babyens tilknytningstrygghet(34).

Solid vitenskapelig empiri viser at mentaliseringsevnen er grunnleggende for menneskets velfungering, og i fravær av denne evnen oppstår komplikasjoner som misforståelser og utvikling av psykopatologi (41).

Fonagy og hans medarbeidere (2002) mener patologisk speiling kan utarte seg på to måter:

1: «*Speiling er innholdmessig korrekt men ikke markert*» (26)(27). Noen foreldre er ikke i stand til å tåle negative affekter som blir uttrykket av barnet på grunn av sine problemer og blir derfor overveldet av dem. Disse foreldrene kan vise negative affekter overfor barnet noe som gjør at de negative affektene hos barnet blir forsterket og at barnet blir traumatisert.

2: «*Speiling er ikke innholdmessig korrekt*» (26)(27). Slik speiling skjer der foreldre er overkontrollerende og har en feil oppfatning av barnets affekt (26).

Winnicotts mener at en patologisk speiling kan forårsake motsatte og kompliserte selvrepresentasjoner, «*falske selv*». Han påstår at selvet begynner å etterlikne sitt omsorgsmiljø og lærer etter hvert å tilpasse seg til mangelen og samtidig legger tilside kreativitet og i verste fall glemmer det. For eksempel istedenfor at barnet finner seg selv i morens sinn blir morens sinn en del av hans kjerne (35).

## ***Mentaliseringssvikt***

Svekket mentalisering forårsaker misforståelser. Dette gjelder både når man misforstår og blir misforstått. Dersom man handler på bakgrunn av en feil oppfatning fører dette til forvirring og forsterkning av følelser. De sterke følelsene kan føre til isolering, fiendtlig atferd, avvising, overbeskyttelse, maktmisbruk eller symptomforverring (28). Hvis personen begynner å handle i den psykopatologiske retning, fører dette til rus, selvskading, spise forstyrrelser, eller voldelige atferd (21).

«*Mentalisering er et dynamisk begrep*»(21). Sterke følelser og affekter både rammer og hemmer mentaliseringsevnen. «*Sinne, frykt og angst gjør oss mentale blindere*» (21). Dette betyr at vi ikke klarer å handle rasjonelt under for eksempel sinne. Sterke følelser behøver nødvendigvis ikke å være negative affekter (sinne, frykt etc.), men kan også være positive som foreksempel i kjærlighet. «*kjærlighet gjør en blind*».

Konflikter eller mangler i følelsesmessige forhold, akutt stress eller traumer hos sårbare individer kan hemme eller redusere den mentaliseringskapasiteten (38).

I forbindelse med utviklingsstrategier snakker Fonagy om to grunnleggende former for mentaliseringssvikt. Den første grunnformen for mentaliseringssvikt er «psykisk ekvivalens» (dvs. «brist på symbolisering hvor indre og ytre realitet oppleves som like) noe som er normalt hos barn i 2-3 års alder. For eksempel vil manglende indre kontroll hos en anoreksipasient bli kompensert ved å spise mindre. På denne måten blir ytre kontroll lik indre kontroll (38). Pasienter med selvskadende atferd føler at de får ikke uttrykt seg på en hensiktsmessig måte og prøver derfor å få ro og kontroll ved selvskading.

Den sekundære formen for mentaliseringssvikt er "pretend-modus" (late-som modus) hvor det ikke eksisterer noe forbindelse mellom indre og ytre virkelighet. Utviklingsmessig tilsvarer dette til barnets måte å erfare verden på gjennom lek. I denne sammenheng kan et barn få en pinne til å virke som en maskinpistol. Ved at barnet går inn i "pretend-modus" så blir det knyttet til

leken på en sånn måte at det oppstår en frakobling mellom indre virkelighet og ytre virkelighet (31).

I en pretend-modus verden er det ingen forbindelse mellom indre og ytre virkelighet og man er frakoblet fra den ytre virkelighet. Pretend-modus verden er karakterisert ved tomhetsfølelse meningsløshet og dissosiasjon som følge av traumer. Den viser seg som endeløst, usammenhengende snakk om tanker og følelser i terapirommet. Tenkning i en pretend-modus verden er forbundet med pseudomentalisering hvor den faktiske virkeligheten har ingen forbindelse med den mentale tilstanden (38). *Forskjellen mellom pretend-modus og psykisk ekvivalens er at "pretend-modus" er foruvirkelig og "psykisk ekvivalens" er for virkelig. I barnets normalutvikling blir disse to erfaringsformene ideelt integrert i en refleksiv modus, eller mentalisering, hvor tanker og følelser kan bli erfart som representasjoner» (21).*

Disse grunnformene for mentaliseringssvikt kan uttrykke seg på forskjellige måter i klinikken. Når vi snakker om mentaliseringssvikt så snakker vi egentlig om et tosidig problem. Det første problemet som kan være mindre merkbart er en nedsatt funksjon i mentalisering. Personen mister evnen til å betrakte et annet menneske som fullverdig. Det andre problemet er konkretisme, impulsivitet, affektdysregulering og tilbøyelighet til å utagere og dette er en konsekvens av det første problemet (38).

Når man mister mentaliseringsevnen skjer det en oppblomstring av mentale strukturer fra utviklingsfaser. Dette gjør personen sårbar og ustabil ved små endringer i miljøet.

Det er viktig å tydeliggjøre om at mentaliseringssvikt ikke har en konstant karakter. Mentaliseringsevnen er forbundet med følelsesmessige og rasjonelle sammenhenger.

## ***Oppsummering***

Evnen til mentalisering utvikles i en sosial sammenheng, selv om predisposisjonen for denne evnen arves. Forstyrrelser i mentalisering resulterer ikke bare i relasjonsproblemer, men også

til subjektive lidelse og mulige handlinger som selvskading og selvmord. Dette skyldes den nære grensen mellom tilknytningsprosesser og mentalisering. Ved å hjelpe pasienten til å oppnå bedre mentaliseringsevne kan disse relasjonsproblemene løses (38).

### ***Presentasjon av mentaliseringsbasert terapi***

Målet med mentaliseringsbasert terapi er å utvikle en terapeutisk prosess der pasientens sinn blir fokus for behandlingen. Det virker som om mentaliseringsbasert terapi kan muligens ha gitt gode resultater ved behandling av pasienter med selvskading. Målet med behandlingen er å hjelpe pasientene til å oppnå økt affekt kontroll og for å lære å uttrykke affektene sine på en adekvat måte. Samtidig forbedre evnen til å bygge trygge relasjoner til andre mennesker (18). For at mentaliseringsbasert terapi skal være vellykket så må pasienten ha en trygg tilknytning til terapeuten (28).

Mentaliseringsbasert terapi utføres både som individterapi og gruppeterapi og foregår helst på en dagavdeling. Dette hjelper pasienten til å opprettholde autonomi og hindrer tilbakefall (37).

I forløpet av mentaliseringsbasert terapi er man i utgangspunktet tilbakeholden med sykehus innleggelse, med mindre det foreligger fare for selvmord. Hvis det er nødvendig med sykehus innleggelse skal dette foregå helst frivillig og bør da være av få dagers varighet (36).

Mentaliseringsbasert terapi foregår både på dagavdeling og poliklinisk. Dagavdelingsprogrammet består av 5 dager i uka i 18-24 måneder. Dagavdeling fokuserer seg på implisitte mentaliseringsprosesser og uttrykksterapi som utvikler ferdigheter i eksplisitt mentalisering. Integriteten i programmet oppnås gjennom fokus på mentalisering. Alle grupper har et generelt mål om å styrke mentaliseringsevnen innenfor en ramme som oppmuntrer til utforskning av sinnet. De polikliniske behandlingsmodellene varer i 18 måneder, og består av en 50 minutters individualterapi i uken og 90 minutters gruppe terapi. I begge programmene finnes to terapeuter, en som har ansvaret for individualtimen og en som følger pasientene i gruppeterapi (38). Det stilles større krav til de pasientene som deltar i poliklinisk behandling



siden disse pasientene er mindre kaotiske og har bedre mentaliseringsevne og noe kapasitet for oppmerksomhets og affekt kontroll. Pasienter som er til fare for seg selv og andre, med lite eller ingen sosiale støtte og pasienter med lav mentaliseringsevne, misbruk av rusmidler, dårlig boforhold blir valgt til å delta i dagavdelingsprogrammet. Pasienter som fungerer bedre i hverdagen med stabil sosial støtte og stabil boforhold, men hvor mentaliseringskapasiteten viser sårbarhet i emosjonelle og mellommenneskelige relasjoner får behandlingstilbud i polikliniske programmet (38).

Mentaliseringsbasert terapi er på vei inn i fagmiljøet i Norge. I april 2007 startet Ullevål universitets sykehus to parallelle behandlingsprogrammer som inkluderte pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse, destruktiv atferd samt pasienter med alvorlig unnnvikende personlighetsforstyrrelse. Hver av målgruppene har 9 pasienter som deltar i gruppeterapi og individualterapi i 3 dager per uke i 18 uker. Etter avsluttet behandling blir pasientene fulgt opp med gruppeterapi i 3 år, helst inkludert med individualterapi i 2 år.

Dessuten pågår det en randomisert kontrollert studie på Ullevål universitets sykehus (Ullevål personlighets prosjekt) som omfatter 120 pasienter som har blitt henvist til avdeling for personlighetspsykiatri, Ullevål universitetssykehus. Behandlingen begynte i august 2004 og de siste pasientene som ble inkludert i terapien skal være ferdig behandlet i løpet av vinteren 2009. Eksperimentbehandling omfatter 18 ukers dagavdelingsbehandling deretter kombinert poliklinisk gruppe -og individualterapi i 2/5 år. Kontrollgruppen får elektisk individualterapi.

MBT kan gjennomføres ved hjelp av psykiatriske sykepleiere som føler seg trygg på kommunikasjon og har erfaring med risiko vurdering. Men det er viktig å ha en veileder som har god erfaring med mentaliseringsbasert terapi som tilsynsperson (37).

## ***Behandlingsforløpet***

Behandlingsforløpet inneholder tre hovedfaser, og hver fase har sine mål og spesifikke prosesser. Første fase er innledningsfasen, her er målet en evaluering av mentaliseringsevnen og personlighetsfunksjonen hos pasienten. I tillegg må man involvere pasienten aktiv i

behandlingen.

I første fase går man gjennom følgende:

- diagnostisering
- psykoedukasjon
- etablering av et system med terapeutisk mål
- stabilisering av sosiale problemer og atferdsproblemer hos pasienten
- danne planer og avtaler for krisesituasjoner og en gjennomgang av medisiner.

Målet med andre fase (mellomfase) er å stimulere mentaliseringsevnen ved:

- hardt arbeid (for pasient)
- opprettholde terapeutisk allianse
- reparere alliansebrudd
- mestre motoverføring
- integrere synspunkter fra individual -og gruppeterapeuter

I sluttfasen planlegger terapeuten avslutningen av behandlingen. I denne fasen skal man klare å håndtere og fokusere på følelsesmessige reaksjoner på grunn av tapsfølelse og separasjon i forbindelse med avslutningen av behandlingen. De ferdigheter som pasienten har oppnådd skal stabiliseres og videreføres. Til slutt setter terapeuten sammen med pasienten opp en spesial oppfølgingsplan som er tilpasset pasienten og de spesielle behovene pasienten har slik at man forebygger tilbakefall. Gjennom årene skjer det en spontan forbedring i impulsiv atferd og affektiv ustabilitet hos pasienter som skader seg selv med BPF, mens interpersonlige og sosial fungering er fortsatt svekket slik at fokuset i slutt fasen ligger på interpersonlige og sosial fungering. Sluttfasen starter etter at det har gått 12 måneder av behandlingen og varer i 6 måneder (38).

## ***Vurdering***

Her skal vi nevne de viktige prinsipper ved evaluering av mentalisering. Mentaliseringsevnen må evalueres i forbindelse med situasjoner i pasientens liv som krever en høy grad av mentalisering hvor pasienten er sterk affekt påvirket. Dette kan være situasjoner der sterke følelser eller tilknytningssystemet aktiveres. Kvaliteten på interpersonlige forhold er et godt utgangspunkt for evaluering av mentalisering. Evaluering av mentalisering krever samarbeid fra pasienten.

Hensikten med å evaluere kvaliteten på mentalisering er både å hjelpe terapeuten til å finne et fokus for terapien og gjøre en vurdering av interpersonlige forhold som kan gi terapeuten et hint om relasjonsproblemer som kan være nyttig å ta opp i terapi timen. Måten man evaluerer mentaliseringen skjer gjennom samtaler med pasienten der man utforsker interpersonlige verdenen. For å utføre en effektiv mentaliseringsbasert terapi er det viktig å bli kjent med ikke mentaliserende aktiviteter. I evaluering av interpersonlige forhold må terapeuten identifisere sentrale relasjoner både nåværende og tidligere og å utforske disse grundig. Selv om tidligere relasjoner er av betydning må fokuset være på nåværende relasjoner. I denne sammenheng må terapeuten utforske hvordan relasjoner og interpersonlige opplevelser spiller inn i de problemene pasienten representerer. Selvmordsatferd og selvskading har utvilsomt interpersonlige røtter. For eksempel når pasienten representerer selvskading forut for en forventet betydningsfull hendelse, vil dette gi et klar bilde av karakteren på mentalisering og avsløre personens fungeringsnivå (38).

## ***Hvordan fremstår svak mentalisering***

Mens sterk mentalisering bare har en form, kan svak mentalisering vise seg på forskjellige måter. Man kan kjenne svak mentalisering gjennom innholdet av historier pasienten forteller. Svak mentalisering gjenkjennes ikke bare på innhold. Den kan også fremtre i stil og på et

implisitt nivå. En ikke mentaliserende stil kan enten være overdrevent sparsom eller overdrevent detaljert. Ekstremt svak mentalisering kan avdekkes i forbindelse med utforskning av mentale tilstander med direkte fiendtlighet, aktivt unnvikende atferd (dvs. nekter å svare på spørsmålet) og til og med ta i bruk non-verbale reaksjoner som å forlate terapirommet (38).

## ***Pseudomentalisering***

Det største arbeidet i å gjenkjenne mentalisering er å klare å skille den fra pseudomentalisering. Det er flere trekk ved god mentalisering som mangler ved pseudomentalisering blant annet ugjennomsiktighet, fravær av paranoia, åpenhet for utforskning (38).

Pseudomentalisering er relatert til «pretend-modus» fungering. Som sagt antas den å være utviklet i 2-3 års alderen der opplevelsen av eget sinn presenterer virkeligheten i en liten grad. Pseudomentalisering kan vise seg på forskjellige kategorier:

- a) påtrengende
- b) overaktiv
- c) destruktiv unøyaktig

### **a) Påtrengende pseudomentalisering**

Pasienten respekterer ikke at sinnet er atskilt og ugjennomsiktig. Pasienten insisterer på at han «vet» hvordan en annen tenker eller føler. Dette skjer ofte i forbindelse med personer som pasienten har en sterk tilknytning til hvor personen som pseudomentaliserer uttrykker det partneren føler, men overskrider den spesifikke sammenheng eller fremstiller det på en påfallende måte (38).

### **b) Overaktiv form for pseudomentalisering**

Pasienten bruker mye energi i å tenke hvordan andre tenker eller føler. Det er liten sammenheng mellom det som utlegges som en annens indre virkelighet og vedkommendes tanker. Tanker om andre, oppleves av andre som forvirrende og uklare. Det er ikke noe forbindelse mellom det som presenteres som en annens indre realitet og vedkommendes ekte

tanke (38).

### **c) Destruktiv unøyaktig pseudomentalisering**

Med destruktiv unøyaktig pseudomentalisering så mener man benekting av objektiv virkelighet som svekker den subjektive opplevelsen av den andre. Pasienter med pseudomentalisering uttrykker seg i form av beskyldninger. For eks. «du provoserte meg». Den andre personens reelle følelser blir nektet og blir erstattet med falsk konstruksjon (38).

Pseudomentalisering kan bare inntreffe i relasjon til en spesifikk tilknytningsforhold eller bare i en bestemt situasjon. I slike tilfeller er det ofte begrenset mentalisering.

## **Konkret forståelse**

Konkret forståelse er den vanligste formen for svak mentalisering. Ved konkret forståelse mangler man evnen til å forstå indre tilstander. Denne modusen som også er typisk for barn i 2-3 års alderen, behandler opplevelser av mentale tilstander altfor seriøst og grundig. Barnets frykt for spøkelser utløser en opplevelse som er like virkelig som konkret nærvær av virkelige spøkelser kan forventes å være (38).

*«Pasient klarer ikke å finne forbindelser mellom tanker og følelser på den ene siden og handlinger hos en selv og partneren på den andre siden. Fordommer og andre typer generaliseringer er vanlige... Selvbekreftelser er også tegn på konkret forståelse. Splitting eller svart-hvitt tenkning er andre kjennetegn på dette. Det som aller mest kjennetegner konkret forståelse, er det tilsynelatende totale fravær av fleksibilitet» (38).*

Nå skal vi diskutere mønstre i relasjoner hos pasienter med BPF. Det finnes to typer relasjonsmønstre hos pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse: det sentraliserte og den distribuerte typen. Å gjenkjenne disse to typene er av betydning i det terapeutiske arbeidet.

- Et normalt relasjonsmønster er i samsvar med trygg tilknytning og presenterer en relativ

- Et sentralisert interpersonlig relasjon er ustabil, selvfokusert, og er lite fleksibelt. Forandring i følelser hos pasienter med BPF medfører at de forventer at det også skjer forandring i følelser hos partneren. Hvis dette ikke skjer så blir pasienten aggressiv, får panikk og blir forvirret. Disse pasientene tenker svart på hvitt dvs. enten så hater de en person eller så elsker de en person. Følelsene omkring relasjoner er sterke, vekslende og overveldende (38).

De sterke følelsene som er knyttet til dette relasjonsmønstre fører til impulsivitet, selvmordforsøk, eller selvskading. Det sentraliserte relasjonsmønstret er forbundet med utrygg tilknytning. Tilknytningssystemets overfølsomhet er kanskje forbundet med tidligere traumatiske opplevelser eller genetisk disposisjon. Det praktiske punktet som terapeuten skal være oppmerksom på er at ved stimulering av tilknytningssystemet blir pasientens mentale evne svekket. Dette medfører at det blir vanskelig for pasienten å takle kompliserte intervensjoner. For å unngå overstimulering må terapeuten gjøre oppgavene enklere og forståelige (38).

- Et distribuert interpersonlig relasjon er knyttet til en unnvikende tilknytningsmønster. Fleksibiliteten er liten i dette systemet. Pasientene tåler ikke intime relasjoner og i samtale med terapeuten kan de bruke pseudomentalisering. Grunnen til at dette oppstår kan være at gjentatte forsøk på nære forhold har vært mislykket over en lengre periode. Endelig gir pasienten opp og trekker seg fra nære relasjoner og ønsker å holde total følelsesmessige avstand (38).

Å evaluere relasjonsmønsteret hos en pasient er viktig. Fordi dette forbereder terapeuten i å velge en passende avstand i forhold til pasienten. Når det gjelder den sentraliserte pasienten må terapeuten passe på å ha en balanse mellom nærhet og avstand. Med den distribuerte pasienten må terapeuten ha en varsom tilnærming til pasienten (38).

I utforskning av relasjonene er det viktig at hver enkelt relasjon og forløpet av relasjonen kartlegges fra begynnelsen til slutt. Forholdet mellom relasjonen og selvskading, selvmordsforsøk eller impulsiv atferd skal utforskes. Man må ikke bare utforske de negative og de problematiske sidene ved relasjonene, men også legge merke til de positive sidene ved relasjonene som gir pasienten en følelse av trygghet og glede (38).

## ***Prinsippene for intervensjonene i forløpet av mentaliseringsbasert terapi***

Generelle egenskaper ved intervensjonene:



### **Enkelt og kort**

Intervensjonene bør være «*enkle og korte, enn lang og komplekse*» (38). De skal være i samsvar med pasientens mentaliseringsevne. Når intervensjonene blir langvarig kan dette gå utover pasientens mentaliseringsevne. Mentaliseringsevnen hos borderline pasienter svinger i takt med tilknytningssystemets stimuleringsnivå (38). Derfor kan pasient på ett tidspunkt være kapabel til å forstå og å reagere på en kompleks intervensjon, men ikke være i stand til å forstå noe som er lett på et annet tidspunkte.

### **Affektfokusert**

Med affektfokusert så mener man at det skal være fokus på kjærlighet, begjær, smerte, katastrofe, opphisselse. «*I MBT betyr affektfokus å kunne gripe den umiddelbare affekten, ikke så mye i forhold til innholde i selve samtalen, men slik affektene utspiller seg gjennom fortløpende hendelser mellom pasient og terapeut*» (38).

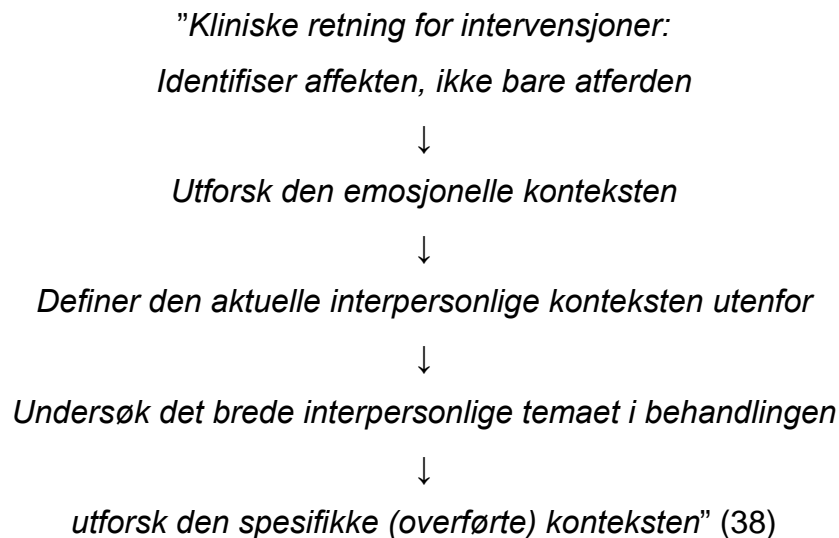
### **Fokus på pasientens sinn, ikke på atferd**

Det er en utfordring å arbeide med pasienter som er tilbøyelig for å handle istedenfor å tenke. Terapeuten blir fristet for å engasjere seg i dem, på deres uttryksnivå. Vanligvis vil terapeuten reagere på atferden i stedet for pasientens sinn. Terapeuten må kunne

sette atferden til side for å kunne fokusere på pasientens sinn. Det skal legges vekt på hva slags betydning hadde selvskadingen for pasienten. Ble pasienten skuffet over seg selv etter selvskadingen? Senere kan terapeuten prøve å forstå pasientens sinnstilstand i forkant av selvskadingen. Terapeuten skal bruke handlingen som indikator på at en tanke eller følelse måtte være aktivert for å ha medført slik sterk affekt som ytterligere har intensivert aktiveringen av tilknytningssystemet og dertil kollaps av mentaliseringsevnen (38).

### **Intervensjonene må være knyttet til aktuelle hendelser eller aktiviteter**

Det er viktig at terapeuten sikter mot det som er aktuelt i pasientens sinn. Dette kalles arbeidshukommelsen. Ta tak i fortiden kan virke tryggere men det er mindre virkelighetsnært, og fører til pseudomentalisering hos borderline pasienter (38).



Hvilke prinsipper bør følges opp for intervensjoner?

Intervensjonsspektret omfatter:



- «Oppmuntring, støtte og empati
- Avklaring, utfordring og utdyping
- Grunnleggende mentalisering
- Fortolkende mentalisering
- Mentalisering av overføring
- Ikke mentaliserende tolkninger – må brukes med forsiktighet» (38)

Siden mentaliseringsevnen er omvendt proporsjonalt med aktivering av tilknytningssystemet blir det terapeutens oppgave å balansere aktivering av tilknytningssystemet med kapasiteten til å mentalisere. «*Når tilknytning systemet er aktivert, er evnen til å mentalisere svekket*» (38). Pasienten skader seg selv for å gjenopprette en trygghet og følelse av balanse. I forbindelse med dette så må terapeuten vite hvilken intervensjon som skal gis når? I utgangspunktet skal man begynne med å gi støtte, vise empati og deretter skal man bevege seg til et dypere nivå. De ulike intervensjonene er omvendt forbundet med følelsesmessig intensitet. Dette betyr støtte og empati gis til pasienten når pasienten overveldes av følelser. Mentaliserende overføring gis når pasienten kan fortsette mentaliseringen mens hun/han «holder på» følelsen. Intervensjoner må være passende med pasientens mentaliseringsevne på det tidspunktet intervensjonen utføres (38).

Nå skal vi se litt på selvskading, dens funksjon på pasienten og på hvordan terapeuten møter en pasient som skader seg selv. Det mest utfordrende i terapien er selvskading og selvmordforsøk. Hvordan fungerer selvskading? Det primære målet med selvskading eller andre handlinger er å prøve å opprettholde selvstrukturen etter en plutselig destabilisering. Å se kroppen med blod bidrar til å reetablere personlige integriteten til pasienten.

Hvordan møter en terapeut en pasient som har skadet seg selv i løpet av terapien? Før terapeuten kan bestemme hvilken intervensjon som skal iverksettes må han/hun ikke ha en dømmende holdning overfor pasienten. Det må ikke tolkes at dette er et angrep mot terapisisituasjonen eller angrep på terapeuten. Terapeuten skal ikke påta seg ansvar for

pasientens handlinger og destruktive forsøk og allerede tidlig i behandlingen bør dette avklares. Første intervensjon blir å vise empati og å gi støtte. Terapeuten prøver å kartlegge detaljene rundt det som har skjedd og hvem pasienten var sammen med og hva pasienten tenkte på før selvskadingen skjedde. Ved å ta pasienten tilbake til det punktet i hendelsesforløpet der pasienten ikke ønsket å skade seg selv kan man avdekke følelsene som forårsaket selvskadingen. Man må vektlegge følelsetilstander som en del av en generell mental tilstand, ikke kognitive tilstander eller forutgående utløsende faktorer. Terapeuten må undersøke om det foreligger kommunikasjonsproblemer, misforståelser fordi dette medfører at det blir vanskelig å takle negative tilstander som avvisning, forlatthet, ydmykelse. Tilslutt skal man prøve å identifisere affekt: I forbindelse med dette skal man prøve å identifisere affektforandringer etter den forrige terapitimen ( terapitimen før selv skading). Man skal se om det er noe forbindelse mellom affektforandringer og hendelser i terapien (38).

## **Konklusjon**

Selvskading er blitt et problem i dagens samfunn mellom ungdommer. Selv om dette problemet har eksistert lenge men det er ganske nylig at det blir lagt vekt på det blant de psykiatriske miljøer.

*"Bateman og medarbeidere (18) studerte effekten av det såkalt mentaliseringsbasert terapi for pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse, alvorlig depresjon og selv skading i sykehistorien... Sammenlignet med kontroll gruppen som fikk "vanlig behandling" fant man en betydelig sterkere reduksjon av selvmordsforsøk, selvskade, angst og depresjon hos pasientene som fikk MBT. Effekten ble påvist seks måneder etter behandlingsstart, ved behandlingsslutte etter 18 måneder og ved en etter undersøkelse 36 måneder senere» " (39).*

5 år etter avsluttet behandling med MBT ser man vedvarende bedre utkomst hos disse pasientene enn de som fikk "vanlig behandling", men deres sosiale funksjon var fortsatt mangelfull (33).

# Avslutning

Det har vært veldig spennende for oss å sette oss inn i denne problemstillingen. Det kommer til å være nyttig for oss i vår legevirksomhet senere for å fange opp ungdommer med denne problematikken og gi dem riktig hjelp. Vi har fått inntrykk av det ikke finnes klare retningslinjer for behandling av selvskading på legevakten, hvor de fleste av pasientene møter opp. De fleste blir sydd og sendt hjem. Pasienten blir forsvunnet i systemet og kommer sjelden videre. Det er et problemområde som blir lite belyst i løpet av medisin studium. De som først kommer i kontakt med denne pasientgruppen er som regel fastlege, legevaktslege, lærere og helsesøstre. Disse kan gjerne kalles gatekeepers. For å fange opp ungdommer med selvskadende atferd, er det viktig at gatekeepers er orientert om problemets omfang og dets senere konsekvenser.

Selvskading er et viktig samfunnsproblem som mange mennesker, spesielt ungdommer, sliter med. Ungdomstiden er den perioden i livet som danner grunnlaget for en persons videre livsløp. Man utvikler seg som person, får selvtillit, får tro på sine evner, bygger sosialt nettverk og danner grunnlag for videre utdanning. Dersom man ikke fanger opp selvskadende atferd fra begynnelsen av, er det stor risiko for at dette atferdsmønsteret vil bli styrket med tiden og ungdommene vil løse vanskelige emosjoner og situasjoner ved hjelp av dette.

Den aller viktigste årsaken for å behandle ungdommer med selvskading er at de rett og slett lider under det skjulte. De får ikke et verdig liv. Deres problemer gjør at de klarer seg dårlig i sosiale relasjoner, i jobb sammenheng og på skolen og har stor risiko for å utvikle en personlighetsforstyrrelse og begå selvmord senere. Man kan si at de på en måte blir "avvist" fra samfunnet på grunn av deres nedsatt funksjonsevne og blir avhengige av det offentlige støtteapparatet. Samfunnet mister arbeidskraft og mange arbeidsår gjennom dette. Disse ungdommene kan havne i rusmiljøet eller begå forbrytelser som igjen er uheldig både for dem og for samfunnet. Vi synes at selvskadende ungdom er en interessant pasientgruppe som det også er økonomisk gunstig for samfunnet å engasjere seg i. Dersom vi griper inn tidlig i

forløpet, dvs. i ungdomsperioden, kan man unngå et stort antall psykiatriske innleggelser og forhindre at flere blir uføre livslang. Lider det en person under dette, vil hele dens familie bli påvirket. Dette får enda alvorlige konsekvenser for eventuelle barn av personer med selvskadende atferd.

Selv om selvskading har eksistert i lang tid, er det relativt nylig at det blir lagt så sterk fokus på det i det psykiatriske miljøet og generelt i samfunnet. Det blir brukt forskjellige behandlingsmetoder mot selvskading som kognitiv atferdsterapi, problemløsende terapi, interpersonlig terapi, skjemafokusert terapi, multisystem terapi, familieterapi, dialektisk atferdsterapi og mentaliseringsbasert terapi. Dialektisk atferdsterapi og mentaliseringsbasert terapi har god empiri bak seg. Det er både foretatt randomiserte og ikke randomiserte forsøk som viser signifikant forskjell mellom disse to behandlings former og ordinær behandling. Linehan (11,12) beskrev den første randomiserte kontrollerte studien med dialektisk atferdsterapi. Behandlings gruppe som var kvinner med borderline personlighets forstyrrelse hadde færre repeterende selvmordsforsøk/selvskader under behandling sammenlignet med kontroll gruppen, i tillegg kom behandlingsgruppen bedre ut når det gjaldt antall dager hospitalisering, globalt funksjons nivå, grad av sinne og sosial tilpasning i minst en av 6 måneders periodene etter avsluttet behandling (39). *«Batman og medarbeidere(18) studerte effekten av mentaliseringsbasert terapi for pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse, alvorlig depresjon og selvskading i sykehistorien. Sammenlignet med kontroll gruppen som fikk "vanlig behandling" fant man en betydelig sterkere reduksjon av selvmordsforsøk, selvskade, angst og depresjon hos pasientene som fikk MBT. Effekten ble påvist seks måneder etter behandlingsstart, ved behandlingsslutte etter 18 måneder og ved en etter undersøkelse 36 måneder senere»* (39). 5 år etter avsluttet behandling med MBT ser man vedvarende bedre utkomst hos disse pasientene enn de som fikk "vanlig behandling", men deres sosiale funksjon var fortsatt mangelfull (33).

## Litteraturliste

1. Bloch Thorsen, Gerd-Ragna (2006). **Selvskading og selvmord... ingen selvfølge.** Suicidologi 2006 ; 11 (1) : 5-9.
2. Øverland, S. (2006). **Selvskading: en praktisk tilnærming.** Bergen: Fagbokforlaget.
3. Ystgaard, M., Reinholdt, N.P., Husby, J. & Mehlum, L.(2003). **Villet egenskade blant ungdom.** Tidsskr for Den norske lægeforening, 123, 2241-5.
4. Rossow, I., & Wickstrøm, L. (1997). Journal of Personality Disorders, 18, 1, 73-89. **Når nøden er størst - er hjelpen nærmest?** Tidsskr for Den norske lægeforen, 117, 1740-3.
5. Gould, M.S. , Greenberg, T., Velting, D.M., & Shaffer, D. (2003). **Youth suicide risk and preventive interventios:** A review of the past 10 years. Journal of the American Academy and Child and Adolescent Psychiatry, 42, 386-405.
6. Gratz, K.L., Conrad, S.D., & Roemer, L. (2002). **Risk factors for deliberate self-harm among college students.** American Journal of Orthopsychiatry, 72, 128 – 140.
7. Van der Kolk, B.A., Perry, J.C., & Herman, J.L. (1991). **Childhood origins of self-destructive behavior.** American Journal of Psychiatry, 148, 1665 – 1671.
8. Zlotnick, C., Mattia, J.I., & Zimmermann, M. (1999). **Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients.** The Journal of Nervous and Mental Disease, 187, 296-301.

9. Turell, S.C., & Armsworth, M.W. (2000). **Differentiating incest survivors who self-mutilate.** Child Abuse & Neglect, 24, 237 – 249.
10. Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). **Suicide following deliberate self-harm: long-term follow up of patients who presented to a general hospital.** British Journal of Psychiatry, 182, 537-542.
11. Linehan, M.M. (1993a). **Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder.** New York: The Guildford Press.
12. Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A. et al. (1991). **Cognitive behavioural treatment of chronically parasuicidal borderline patients.** Arch Gen Psychiatry ;48: 1060-4.
13. Katz, L.Y., Cox, B.J. Gunasekara, S., & Miller, A.L. (2004). **Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal inpatients.** Journal of the American Academy and Child and Adolescent Psychiatry, 43, 276-82.
14. Rathus JH and Miller AL. (2002). **Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. Suicide and Life-Threatening Behavior ;32:146-157**
15. Verheul, R., Van Der Bosch, L.M., Koeter, M.W. et al.(2003), **Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands.** Br. J. Psychiatry ; 182: 135-40.
16. Koons, C., Robins, C.J., Tweed, J.L., Lynch, T.R., Gonzaler, A.M., Morse, J.Q., Bishop, G.K., Butterfield, M.I. & Bastian, L.A. (2001). **Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder.** Behavioral therapy, 32, 371-90.
17. Miller, A.C., Rathus, J.H., Linehan, M.M. (2007). **Dialectical behaviour Therapy with**

18. Bateman A, Fonagy P. (2001). **Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically partial hospital hospitalization: an 18 month follow-up** T. Am j psychiatry 2001; 158:36-42
19. Fonagy P, Batman A. (2008 Feb). **The development of borderline personality disorder mentalizing model**. J Personal Disord. 2008 Feb;22(1):4-21. Review.
20. Damasio, A. (2003). **Looking for Spinoza: Joy, Sorrow, and the feeling brain**. New York: Harcourt.
21. Skårderud F & Sommerfeldt B (2008). **Mentalisering - Et nytt teoretisk og terapeutisk begrep**. Tidsskrift for den norske legeforening, 128(9), 1066-1069.
22. Bateman AW, Fonagy p,(2004) **Mentalization -based treatment of BPD**. J Personal Disord ; 18: 36-51.
23. Fonagy, P. (1991). **Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of borderline patient**. International journal of psycho-analysis, 72, 639-656.
24. Bowlby, J. (1969) t. **Attachment and loss**, Vol. 1: Attachment. London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis.
25. Gallagher HL, Frith CD.(2003). **Functional imaging of “theory of mind”**. Trends Cogn Sci 2003,7: 77-83
26. Evang Andreas (2007). **Tankebilder: Hjerne, følelser og styring** J. W. Cappelens

27. Fonagy, Peter, G Gergely, E Jurist og M Target 2002. **Affekt regulation, Mentalization, and the development av det self.** 577 sider. London og New York
28. Batman A, Fonagy P, (2004). **Psychotherapy for borderline personality disorder: Metalization- based treatment.** Oxford: Oxford university press, 2004
29. Fonagy, P. & Target, M. (1996). Playing with reality: I. **Theory of mind and the normal development of psychic reality.** International journal of psycho-analysis, 77, 217-233.
30. Fonagy, P. & Target, M. (1997) **Attachment and reflective function: their role in self-organization.** Development and Psychopathology, 9(4):679-700.
31. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL et al. (2002)**Affekt regulation, mentalisation and the development of the self.** New York: Other Press, 2002.
32. Bateman A. Goteborg 2007. **What is mentalization based therapy**
33. Bateman A, Fonagy P (2008 May) **8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual.** Am J Psychiatry. 165(5):631-8.
34. McElwain, NL og C Booth-Laforc 2006. **Maternal sensivity to infant distress and non distress as predictors of infant mother attachment security.** Journal of Family Psychology 20(2):247-55
35. Winnicott, D. W.(1956) **Mirror role of mother and family in child development.** In D. W. Winnicott (Ed.), **Playing and Reality**(pp. 111-118). London:Tavistock.



36. [Mehlum L](#), [Jensen AI](#). (2006 Nov) **Suicidal behaviour in borderline personality disorder.** [Tidsskr Nor Lægeforen](#). 16;126(22):2946-9.
37. Batman A, Fonagy P, (2006) **Mentalization- Based Treatment for borderline personality disorder:** A Practical Guide. Oxford: Oxford university press, 2006
38. Bateman AW, Fonagy P, (2007) **Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighets forstyrrelse.** Introduksjon ved Finn Skårderud og Sigmund Katrerud. En praktisk veileder. oversettelse ved Arneberg forlag.
39. Mehlum L, Dieserud G, Ekeberg Ø, Grøholt, Walby F, Myhre K I. (2006). **Forebygging av selvmord, del 1: Psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi.** Rapport fra kunnskap senteret Nr 24-2006, Systematisk kunnskapsoppsummering.
40. Bateman W A; Fonagy P, Summer 2003. **The development of an attachment system-based treatment program for borderline personality disorder.** Bulletin of the Menninger Clinic; 67, 3; Quest Medical Library pg. 187
41. Bateman A. Bateman seminar 2007. **Mentaliseringsbasert terapi.** Kompetansesentre ved stiftelsen Bergenklinikkene 6. og 7. mars.